

# 1. CPMS登録医療従事者に関する変更

①CPMS登録医療機関を退職またはCPMS未登録医療機関へ異動する場合（様式8）

## CPMS登録変更要請書

提出先：クロザリル適正使用委員会

CPMS登録内容の変更を要請します。

要請日：2024年 3月 20日 変更希望日：2024年 4月 1日

変更内容を把握したら、速やかに要請してください。  
本人が退職等により不在の場合は、代理の方がご記入ください。

施設名・代理記入者名

CPMS未登録医療従事者による代理申請も可能です。

施設名： ノバ精神医療センター 代理記入者名： 鈴木 三郎

### 【要請内容】

登録の削除 /  登録内容の変更 /  登録医療機関の追加\* /  その他\*\*

### 【理 由】

異動のため /  退職のため /  その他( )

### 【現在の登録内容】

CPMS登録医 /  クロザリル管理薬剤師 /  CPMSコーディネイト業務担当者  
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネイト業務担当者 /  その他( )\*\*

(ふりがな) やまだ たろう

氏 名： 山田 太郎

所属する科, 担当： 精神科

(ふりがな) のぼせいんいりょうせんたー

医療機関(保険薬局)名： ノバ精神医療センター

連絡先： 電話： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

### 【登録変更後】 ※変更箇所のみご記入ください。

CPMS登録医 /  クロザリル管理薬剤師 /  CPMSコーディネイト業務担当者  
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネイト業務担当者 /  その他( )\*\*

(ふりがな)

氏 名： \_\_\_\_\_

所属する科, 担当： \_\_\_\_\_

(ふりがな)

医療機関(保険薬局)名： \_\_\_\_\_

連絡先： 電話： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

### 【現在の登録内容】

※役割、氏名、医療機関名は必須です。

### 【登録変更後】

退職 またはCPMS未登録医療機関へ異動する場合はblankとなります。